Le Numéro : 15 CENTIMES — 26 Janvier 1895. — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements . . . . . 7 fr.
Etranger . . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris.

DIRECTION SCIENTIFIQUE
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.
E. BONNAIRE, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin des hôpitaux.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL
Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris.

SOMMAIRE

LA MALADIE DE RIGA. Ulcération papillomateuse du frein de la langue, par F. Brun 25
ENDOMÉTRITE FÉTIDE DES FEMMES AGÉES, par Gabriel Maurange 26
HERNIE INTRA-BUCCALE DES GLANDES SOUS-MAXILLAIRES, par Georges Laurens 27
REVUE DE THÉRAPEUTIQUE. Le traitement des fractures 28
ANALYSE DES TRAVAUX français et étrangers 30
LA COCA ET SES ALCALOIDES, par Ch. Moureu. . 31
SOCIÉTÉS SAVANTES françaises et étrangères. . XI

FACULTÉ DE MÉDECINE

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 30 janvier 1895, à 1 heure. — M. d'Ailhaud Castelet : Etude du mal de mer; MM. Potain, Pinard, Chauffard, Varnier. — M. Maggiar : Fréquence de l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus et ses accidents; MM. Pinard, Potain, Chauffard, Varnier. — M. Lavalle y Carvojal : Nature et pathogénie des trophonévroses (Revue critique); MM. Straus, Landouzy, Brissaud, Netter. — M. Garnier : Sur un cas de paramyoclonus multiplex; MM. Landouzy, Straus, Brissaud, Netter. — M. Kieffer : Des ruptures musculaires spontanées dans la fièvre typhoïde; MM. Landouzy, Straus, Brissaud, Netter.

Jeudi 31 janvier 1895, à 1 heure. — M. Larche : Contribution à l'étude du choléra; MM. Brouardel, Bouchard, Hanot, Roger. — M. Meurisse : Syndrome utérin et manifestations hystériques; MM. Bouchard, Brouardel, Hanot, Roger. — M. Pambrun : Contribution à l'étude de la balnéothérapie froide chez les enfants; MM. Laboulbène, Berger, Marfan, Quénu. — M. Pierre : De la nature des maladies dites scrofuleuses, des yeux, des oreilles, du nez, du pharynx, et de leur traitement au bord de la mer (Berck); MM. Berger, Laboulbène, Marfan, Quénu. — M. de Gaulejac : Kystes sébacés, leur traitement; MM. Guyon, Panas, Brun, Poirier. — M. Guébard : Contribution à l'étude des accidents septiques résultant de l'avulsion des dents; MM. Panas, Guyon, Brun, Poirier. — M. Gojanski : La vieillesse et les opérations sur les vieillards; MM. Duplay, Troisier, Nélaton, Albarran. — M. L'Hardy : De l'adénite subaiguë simple de l'aine, à foyers purulents intra-ganglionnaires; MM. Duplay, Troisier, Nélaton, Albarran.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 28 janvier 1895. — 2e (Deuxième partie) : MM. Gley, Retterer, Sebileau. — 3e (Deuxième partie) : MM. Straus, Letulle, Gaucher.

Mardi 29 janvier 1895. — 2e (Deuxième partie) : MM. Mathias-Duval, Pouchet, Poirier. — 3e (Oral, Première partie) : MM. Le Dentu, Maygrier, Albarran. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Panas, Berger, Schwartz. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Cornil, Hallopeau, Ménétrier.

Mercredi 30 janvier 1895. — Médecine opératoire : MM. Tillaux, Jalaguier, Sebileau. — 2e (Deuxième partie) : MM. Gley, A. Robin, Retterer.

Jeudi 31 janvier 1895. — 3e (Oral, Première partie) : MM. Tarnier, Le Dentu, Schwartz. — 3e (Deuxième partie) : MM. Debove, Raymond, Marie. — 4e MM. Cornil, Pouchet, Chantemesse.

Vendredi 1er février 1895. — 4e : MM. Pouchet, Letulle, Netter. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité) : MM. Terrier, Tuffier, Lejars. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Potain, Brissaud, Dejerine. — 5e (Première partie), Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 2 février 1895. — 5e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu : MM. Duplay, Brun, Poirier. — 5e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Debove, Hallopeau, Charrin. — 2e (Deuxième partie), Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Raymond, Marie, Ballet. — 5e (Première partie), Obstétrique, Clinique d'accouchement, rue d'Assas, MM. Tarnier, Maygrier, Bar.

Prix de la Faculté. — Le prix biennal de 1.800 francs fondé par Mme veuve Béhier, en faveur du meilleur travail de pathologie médicale, vient d'être décerné à notre ami et collaborateur le Dr Plicque pour son mémoire sur les « Formes de la phtisie pulmonaire ».

Récompenses décernées aux thèses. — *Médaille d'argent* : MM. Teissier, Cazin, Cuénod, du Pasquier, Guyon, H. Martin, Sabouraud, Sottas, Souligoux, Baudron, *Médaille de bronze* : MM. Blaise, P. Bonnier, Broca, Brunet, Camus, Cestan, Chassevant, Chipault, Collin, Mme Dluski, MM. Crasset, Lafay, L. Martin, Morax, Morestin, Quevedo, Bouquès, Thiercelin, Pompidor.
Mention honorable : MM. Barié, Berthelin, Chibret, Contrastin, Escat, Fabre, Guépin, Guitton, Janlin, Journeault, Mme Kalopothakès, MM. Le Moniet, Mergier, Orillard, Picquet, Potier, Tariel, Tollemer, Veslin.

HOPITAUX

Concours de l'Internat.

Dartigues	23	Guillot (Maurice)	22
David	22	Grisel	26
Dujarier (I. P.)	26	Mauger	24
Lévy (Armand)	23	Renault (Paul)	21
Hérescot (I. P.)	23	Lévy (Jules)	24

Les candidats marqués (I. P.) sont déjà internes provisoires.

Sont désignés pour lire leurs copies :

MM.	Wormser.	Lombard.
Pelisse.	Roger (Paul).	Théolari.
Duclos.	Maugery.	Gosset (Pol).
Mendailles.	Mignon (Maurice).	Olgiati.
Levrey.	Bosredon.	Balle (Georges).
Bonamy.	Delestre.	Millan.
Mercier (Raoul).	D'Herbécourt.	Bechet.
Le Fournier (René)	Tissot (André).	Bize.
Martin (André).	Neveu (Narcisse).	

Concours de l'Externat.

Séance du 19 janvier.

DE L'ASCITE.

	Path.	Tot.
Courcoux	15	31
Couvelaire	16	32
Cornu	10	20
Coudert	13	27
Camiade	16	26
Dufour (Paul)	7	23
Dupuy	13	26
De Freslon	7	23
Delgrange	8	24
Dériaud	12	24
Druelle	7	22
Duclaux	13	16
Duhamel	3	13
Chalmette	12	21
Dongradi	8	20
Dieupart	12	24
Divaris	13	21

Séance du 20 janvier.

CHLOROFORMISATION ET ACCIDENTS.

Dutar	13	27
Camous	14	19
Delabost	15	30
Durand-Viel	20	36
Campos	12	24

	Path.	Tot.
Del Pozo	16	34
Cathala	13	26
Dufour-Labastide	12	25
Camus	18	35
De Lacombe	13	26
De Milly	12	24
Clément	13	26
Chardin	19	22
De Sèze	15	18
Charvilhat	12	24
De Lacroix	12	21
Castin	10	27
Catard	14	27
Collangettes	10	16
Carlet	9	16

Séance du 23 janvier.

ANTHRAX

Croisier	12	20
Chevallier (M.)	7	19
De Maïo	11	25
Decrette	10	19
Chassaing	4	19
Cholet	14	24
De Closmesnil	10	20
Chéruy	13	27
Constantinesco	11	25
Beugrand	12	27
Bournigault	15	31
Alquier	9	19
Boureau	11	24
Bourgain	12	25
Audigamme	12	25
Briais	14	27
Bufnoir	16	30
Abram	14	27
Baron	10	23
Arnoux	12	22

Sont désignés pour passer leur épreuve de pathologie les candidats de la série C dont les noms commencent par D, E, F, G, H depuis M. Duvernoy inclusivement jusques et y compris M. Hyenne.

Hôpital de la Pitié. — M. le Dr Albert Robin a récemment organisé dans son service à la Pitié un enseignement clinique, dont les élèves tireront le plus grand profit.
Lundi : Leçon de M. Albert Robin : urologie clinique.
Mardi : Consultation par M. Capitan.
Mercredi : Leçon de clinique thérapeutique par M. Albert Robin
Jeudi : Clinique thérapeutique par M. Albert Robin ; puis, leçon de pathologie interne.
Vendredi : Leçon de clinique médicale sur un malade.
Samedi : Leçon de pathologie interne.
Les leçons de clinique médicale sont faites par MM. Dalché, Capitan, Leredde, et les leçons de pathologie interne par MM. Capitan, Georges Baudoin, Leredde, Michel, Mendel, Londe.
Exercices pratiques de chimie médicale au laboratoire par M. Bournigault.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

22 janvier 1895.

L'actinomycose humaine à Lyon. — M. A. Poncet, depuis sa présentation à l'Académie, il y a deux ans environ, de la première observation d'actinomycose humaine recueillie à Lyon, et la thèse sur l'actinomycose en France et en particulier dans la région lyonnaise de l'un de ses élèves, le docteur J. Jirou, portant sur quatre cas, a observé six nouveaux cas, confirmés par les examens histologiques, ou par les cultures. Ces six actinomycosiques étaient : 1° une actinomycose thoracopulmonaire venant du service du professeur Lépine, mort; 2° une actinomycose du maxillaire supérieur gauche, avec disparition complète de cet os, et propagation à la base du crâne, mort; 3° une actinomycose laryngée avec phlegmon cervical profond étendu, très grave, paraissant devoir amener la mort; trois actinomycoses faciales, temporo-maxillaires, plus bénignes.
Après ces observations, que faut-il penser de la rareté de l'actinomycose en France? Des statistiques publiées dans les divers pays et des neuf observations lyonnaises,

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DES TÉLÉPHONES
25, rue du Quatre-Septembre, Paris.
Installations Téléphoniques — Câbles et fils isolés — Pneumatiques de Vélocipèdes
Caoutchouc et Gutta-percha pour usages médicaux — Vêtements imperméables

VICHY-CÉLESTINS

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

recueillies en deux ans, dont sept exclusivement dans son service, il est possible d'affirmer que l'actinomycose est au moins aussi fréquente en France qu'en Italie, en Suisse, en Danemark, en Hollande, etc., tout en l'étant moins que dans le Brandebourg et l'Allemagne du Sud.

Les neuf actinomycosiques observés à Lyon venaient de : Ain, 2 ; Loire, 2 ; Rhône, 3 ; Savoie, 1 ; Paris, 1, donc un peu de partout.

De ces 9 cas d'actinomycose, 8 ont été soumis au traitement à la fois médical et chirurgical : incision, drainage, curettage des abcès, etc., iodure de potassium à l'intérieur à hautes doses. Deux sont morts ; chez un troisième (actinomycose laryngée), la mort semble prochaine. Deux actinomycoses faciales sont en traitement.

En présence des effets indiscutables de l'iodure de potassium chez certains actinomycosiques, ne peut-on pas supposer que, jusqu'à ce jour, beaucoup de sujets soupçonnés syphilitiques, ayant guéri par l'iodure, étaient des actinomycosiques ?

N'est-il pas supposable aussi que la fréquence de l'actinomycose au niveau de l'angle de la branche montante du maxillaire inférieur avec empâtement diffus de la région, trismus, abcès, etc., a dû faire croire souvent à des accidents produits par une dent de sagesse ?

Chez les 9 malades de M. A. Poncet, la suppuration était survenue après un temps plus ou moins long, et avait laissé des fistules. Les lésions, bien que semblant de nature inflammatoire, avaient une physionomie bizarre, éveillant l'idée d'un néoplasme ; si la suppuration se faisait attendre, on pouvait croire à une tumeur maligne.

La persistance, dans quelques cas, de douleurs très vives pouvant s'expliquer par la compression des tissus envahis, ayant une consistance lardacée, presque ligneuse, alors que la marche de l'affection et les caractères objectifs enlèvent toute idée d'inflammation aiguë, est un signe diagnostique important.

En somme, les observations de M. Poncet, jointes aux 17 cas rapportés par MM. Guermonprez et Bécue portent à 22 le chiffre des actinomycosiques reconnus actuellement en France.

M. Poncet montre les photographies de ses malades et des cultures actinomycosiques, de couleur safranée, sur grains d'avoine obtenues dans son laboratoire par MM. Dor et Bérard.

Extirpation du larynx. — Prothèse laryngo-pharyngée. — M. Péan présente un malade auquel il a enlevé le larynx et la partie attenante de l'œsophage et du pharynx, pour une tumeur cancéreuse, reconnaissable à l'examen laryngoscopique, occupant la moitié gauche du larynx, envahissant la partie droite et envoyant deux prolongements, l'un englobant la carotide externe, l'autre remontant jusqu'à l'os hyoïde et jusqu'à la base de la langue. La paroi postérieure du larynx était aussi malade ; au-dessous d'elle une masse encéphaloïde envoyait des prolongements dans les parois du pharynx et de l'œsophage de chaque côté.

Tous les tissus malades furent enlevés ; pour combler l'énorme perte de substance qui en résultait, tout en assurant la perméabilité de l'œsophage et de la trachée, M. Péan fixa la partie supérieure de l'œsophage à l'angle de la plaie, pour pouvoir nourrir par là le malade ; la trachée munie d'une canule fut de même suturée à la peau. Le malade guérit parfaitement de l'opération.

En combinant un appareil dû à M. Michaëls qui, d'une part, permettrait aux aliments de passer de la bouche dans l'œsophage, et d'autre part, à l'air de passer des fosses nasales dans la trachée, M. Péan a réussi à lui rendre une partie des fonctions qu'il avait perdues.

Cette observation lui permet de poser les conclusions suivantes :

1° Au point de vue du diagnostic, ce fait prouve que, même avec les instruments si perfectionnés que nous possédons aujourd'hui, il est difficile de reconnaître chez certains malades, avant l'opération, si le néoplasme est limité au larynx, ou s'il a pris naissance dans cet organe ou bien dans la partie voisine de l'œsophage, surtout lorsqu'il n'y a aucun trouble fonctionnel qui permette de le soupçonner ;

2° Au point de vue opératoire, cet exemple démontre qu'il ne faut jamais promettre, avant d'opérer, que l'on pourra s'en tenir à une résection partielle du larynx, lors même que le mal paraît être limité à un des côtés de cet organe, et qu'il ne faut pas davantage hésiter à enlever, en même temps que la totalité de cet organe, l'os hyoïde, la partie supérieure de l'œsophage et la moitié inférieure du larynx, si les prolongements du néoplasme l'exigent ;

3° Ces grands délabrements sont suivis de modifications importantes dans la région opérée : élévation des orifices anormaux de la trachée et de l'œsophage, redressement de l'épiglotte, abaissement de la base de la langue, rétrécissements des parties molles intermédiaires pouvant aller jusqu'à l'oblitération ;

4° Ces sortes d'opérations ne sont plus aussi meurtrières qu'elles l'étaient autrefois, grâce aux nouvelles méthodes que nous avons imaginées et qui permettent d'obtenir des guérisons dans des cas en apparence désespérés ;

5° Enfin, l'on peut, ce qu'aucun chirurgien n'avait encore prévu, restaurer non seulement le larynx, comme nous l'avons fait il y a quelques années, mais encore la partie supérieure de l'œsophage ainsi que la moitié inférieure du pharynx, à l'aide d'appareils prothétiques qui permettent d'émettre des sons vocaux, de respirer par les fosses nasales et de faire passer les boissons et les aliments liquides de la bouche dans l'estomac.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Du 19 Janvier 1895.

Sur les propriétés du sérum des convalescents de typhus exanthématique. — **M. E. Legrain** (de Bougie) a essayé l'effet des injections sous-cutanées de sérum des convalescents de typhus ne présentant plus de fièvre depuis huit jours, sur des malades atteints de cette affection (2, 4, 5, 10 et 20 centimètres cubes), et présentant un typhus à pronostic très grave, du fait de l'hyperthermie, ou de l'intensité des phénomènes nerveux.

Dans un seul cas grave avec éruption pétéchiale confluente et température en plateau à 41 degrés sans rémission, la température tomba pour ne plus se relever, et le malade guérit après six jours. Dans d'autres cas, très graves par la continuité de l'hyperthermie et l'intensité de l'intoxication, mais traités seulement aux sixième et huitième jours, l'affection ne semble pas avoir été abrégée ; mais, le soulagement apporté par l'abaissement de la température et l'atténuation des phénomènes d'intoxication a été pour beaucoup dans la guérison.

Un sérum artificiel composé de phosphate de soude et de chlorure de sodium n'a produit aucun de ces résultats.

Ces injections ne sauraient avoir la prétention de constituer une méthode de traitement de choix, mais elles paraissent devoir apporter une amélioration notable dans le traitement des cas graves, puisque l'épidémie dans laquelle ces injections ont été essayées présentait au début une mortalité de 25 pour 100, et que, sur les 39 derniers malades, dont les 12 plus graves ont reçu ces injections, il n'y a eu à noter qu'un seul décès chez un indigène cachectique palustre, et non soumis à ce traitement.

Dosage du fer dans le foie et dans la rate d'un fœtus à terme. — **M. L. Lapicque** a montré que chez le lapin et chez le chien, il y a dans le tissu du foie plus de fer aux premiers temps de la vie qu'à l'âge adulte ; la rate, au contraire, est très pauvre en fer. Krüger a démontré les mêmes faits pour le veau.

En est-il de même de l'espèce humaine ? Question importante que Bunge a formulée : le jeune animal doit posséder à sa naissance la réserve de fer nécessaire aux premières phases de son accroissement, sa nourriture exclusive pendant ce temps, le lait, ne lui fournissant que des quantités insuffisantes de ce métal.

Le foie et la rate d'un fœtus humain à terme, tout à fait normal, mort accidentellement au cours même de la parturition, mesurant 49 centimètres de longueur et pesant 3.000 grammes, ont été examinés.

Le foie pesait 140 grammes et a donné 0,17 de fer pour 1.000 à l'état frais et 0,85 pour 1.000 à l'état sec.

Ce chiffre beaucoup plus faible que l'analogie l'aurait fait atteindre, cadre mal avec les recherches faites sur les animaux. Mais il est évidemment impossible de tirer aucune conclusion d'un fait isolé.

La rate de ce même fœtus pesait 14 gr. 04 ; l'analyse y a décelé une proportion de fer de 0,32 pour 1000, dont 0,17 sous forme d'hémoglobine.

Le chiffre de la rate s'écarte, ainsi que celui du foie, de ce que l'on observe chez les jeunes animaux, où une proportion de fer supérieure à 0,20 pour 1000 n'a jamais été trouvée.

Deux cas de polyurie familiale dite essentielle. — **M. G. Marinesco** a observé deux jeunes frères atteints de polyurie essentielle. Leur mère avait présenté un certain degré de polyurie pendant ses grossesses. La polyurie, chez ces deux enfants, atteignait de grandes proportions (28 litres par jour en moyenne).

L'examen de l'urine n'a pas décelé la présence de produits anormaux, mais seulement une augmentation des chlorures.

Un de ces enfants étant mort d'une méningite cérébrale, l'autopsie du système nerveux a permis de constater à l'œil nu, que le quatrième ventricule présentait un aspect œdémateux ou plutôt gélatiniforme. A l'examen histologique, aucune altération des noyaux du pneumogastrique, par contre, la paroi du quatrième ventricule était le siège d'une hypertrophie de la névroglie, de petites hémorrhagies situées en dehors des noyaux des pneumogastriques ; les minces fibrilles de la paroi ventriculaire avaient disparu.

Sur l'ouabaïne. — **M. Gley**, en 1888, a constaté que l'ouabaïne arrêtait en systole, à la dose de 1/80 de milligramme, le cœur d'une grenouille. Les nouvelles expériences qu'il a faites depuis lui ont démontré qu'à la dose de 1/110 de milligramme le cœur s'arrêtait également en systole ; en deux heures, le même résultat était encore obtenu avec une dose de 1/115 de milligramme. L'activité, à dose aussi minime, de ce poison des flèches mérite d'être rapprochée de celle des toxines microbiennes.

Spasmes de l'urèthre et rétention des produits de sécrétion dans les glandes prostatiques. — **M. A. Guépin** dans de nombreux faits observés avec M. Reliquet, a vu une relation constante entre l'hypersécrétion de la prostate, le spasme de l'urèthre et la rétention des produits sécrétés dans les glandes.

Lorsqu'il y a stagnation ou rétention des produits de sécrétion dans les glandes prostatiques, il faut donc d'abord rechercher le spasme uréthral afin de le combattre ensuite par les moyens appropriés.

Action du massage sur la sécrétion des glandes. — **M. Colombo**, par une série de recherches faites sur des chiens dans le laboratoire de F. Franck, a constaté que le massage appliqué localement sur la région correspondant au siège des diverses glandes (glandes de l'estomac, salivaires, sudoripares, lacrymales, foie, reins, testicules, etc.) active la fonction des épithéliums sécréteurs, en provoquant dans les glandes mêmes un afflux plus abondant du sang. A la suite du massage, on voit augmenter la quantité totale des sécrétions, ainsi que la proportion des éléments chimiques spécifiques propres à chaque glande, et surtout à la proportion de l'eau qui les tient en suspension.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

SÉANCE ANNUELLE.

Allocution du Président. — Dans une allocution très goûtée, M. Lucas-Championnière fait entre la Société de chirurgie d'il y a une vingtaine d'années, et celle d'aujourd'hui, une comparaison qui est tout à l'honneur de cette dernière. Il rappelle qu'en 1874 il présenta une observation de trépanation du crâne, suivie de succès et la fit suivre de conclusions que rejeta le rapporteur, M. Duplay. Puis, vint le grand combat entre les partisans de la nouvelle chirurgie antiseptique, très rares mais très convaincus, et ceux de l'ancienne qui comptaient dans leurs rangs les maîtres de la Faculté. Les débats furent vifs et les séances d'alors n'avaient point le calme que nous leur connaissons aujourd'hui.

Le principe de l'antisepsie une fois admis, il fallut montrer que l'on ne devait plus se borner à la chirurgie d'urgence, mais pratiquer encore de nouvelles opérations dont la réussite était assurée. Terrier, Berger, Périer, Nicaise, etc., se montrèrent les apôtres les plus fermes de ces idées qui paraissaient révolutionnaires. L'arthrotomie, la suture de la rotule, la trépanation en dehors des fractures du crâne, la cure radicale des hernies furent de la sorte peu à peu acceptées.

De ces interventions, c'est la cure radicale des hernies qui eut à soutenir les luttes les plus vives, et un professeur de la Faculté n'hésita pas à dire en pleine Société de chirurgie, que le promoteur de cette nouvelle opération mériterait de passer en cours d'assises.

La Société de chirurgie avait donc trop de tendances à se montrer conservatrice, et se défendait contre toutes les audaces, contre tous les progrès. Aujourd'hui, elle accueille au contraire les opérations les plus hardies, dès lors qu'elles sont justifiées. La Société de chirurgie n'est plus à la queue, mais à la tête du mouvement chirurgical.

M. Lucas-Championnière, en terminant, remercie ses collègues de lui avoir facilité la tâche de la présidence, souhaite la bienvenue aux jeunes et rappelle le nom des membres qu'elle a perdus.

M. Peyrot, *secrétaire annuel*, fait ensuite le compte rendu des travaux de la Société, puis M. Monod, *secrétaire général*, lit l'éloge de Le Fort.

Prix décernés en 1894. — Prix Duval (à la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année). — M. le Dr Morestin, prosecteur à la Faculté, pour sa thèse sur les *Opérations qui se pratiquent par la voie sacrée*.

Prix Laborie (à l'auteur du meilleur travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie). — M. F. Jayle, interne des hôpitaux, pour son mémoire sur la *Septicémie péritonéale suraiguë post-opératoire*.

Éloge de Léon-Clément Le Fort (1829-1893),

par M. Monod, secrétaire général.

Léon-Clément Le Fort est né à Lille le 5 décembre 1829. Il était l'aîné d'une famille de quatre enfants. Son père, honorable commerçant, désirait l'avoir pour successeur. A dix-sept ans, son instruction primaire achevée, le jeune Léon entrait comme employé dans la maison paternelle. Ce fut un dur moment. Passer de longues journées derrière un comptoir à mesurer ou à vendre des étoffes était, pour ce garçon au tempérament impétueux, et qui se croyait appelé à de hautes destinées, une corvée intolérable, disons le mot, une vie d'enfer.

Il se soumit toutefois ; mais, au bout d'un an, il fallut bien reconnaître que le sacrifice était au-dessus de ses forces. L'enfant dépérissait. Il se mourait d'ennui.

Ses parents, avec une sollicitude éclairée, le laissèrent libre de choisir quelque autre occupation, plus en rapport avec ses goûts.

Le Fort ne se hâta point. Soit qu'il n'osât pas encore se prononcer, soit plutôt que, prévoyant l'avenir, il eût compris qu'il importait avant tout d'être préparé pour la lutte, il demanda seulement la permission de compléter ses études.

Il entra au collège de Lille, et grâce à un travail assidu, fut en état, au bout de dix-huit mois, de se présenter au baccalauréat ès lettres. Il en subit les épreuves à Paris, où une assez singulière circonstance l'avait conduit.

On était en 1848. Paris aux prises avec la formidable

insurrection de Juin, avait sollicité l'appui des gardes nationaux de province. Lille répondit à cet appel. M. Le Fort père, désigné pour faire partie de l'expédition, en fut empêché ; il put se faire remplacer par son fils.

Ce fut donc en uniforme et le fusil sur l'épaule que notre futur collègue fit son entrée dans la capitale. Rien ne pouvait flatter davantage ses vœux secrets. Son rôle dans la lutte contre les insurgés eut sans doute quelque relief, car, le combat terminé, il fut proposé pour la croix. Son père ne lui permit pas l'accepter, le considérant comme trop jeune pour une pareille distinction.

Le Fort ne retourna pas immédiatement à Lille ; il prolongea son séjour à Paris, où il fut reçu bachelier au mois de septembre suivant.

Le moment était venu de prendre une décision. Il n'hésita plus à faire part à ses parents de son désir de s'enrôler. L'opposition de son père fut d'abord formelle. Ensuite, par une sorte de concession, il proposa à son fils d'entrer dans le corps de santé de l'armée et de devenir chirurgien militaire.

Lille possédait alors un hôpital militaire d'instruction, une École de santé, où l'on était admis au concours. Le Fort se présenta et fut nommé. Mais il jouait de malheur. Un an plus tard, l'École était supprimée par décret.

Ce court espace de temps avait cependant suffi pour lui révéler des aptitudes qu'il ne se connaissait pas. Il avait pris goût aux études médicales. Il résolut de les poursuivre, se réservant de décider ultérieurement dans quelles conditions et en quel endroit il exercerait sa profession.

Voici donc notre jeune étudiant à Paris pour la seconde fois. A peine arrivé, il franchit facilement l'étape de l'externat. Au bout de deux ans, il est interne, le troisième de la promotion ; et presque aussitôt il aborde la difficile épreuve de l'adjuvat. Il échoue à la première tentative, et doit attendre deux ans pour se présenter de nouveau. Cette fois-ci il est nommé (1858), et sa voie se dessine. Prosecteur en 1861, il emporte deux ans plus tard le titre d'agrégé et, la même année, celui de chirurgien du Bureau central.

Il avait alors définitivement renoncé à la carrière militaire. Mais, jusqu'à la fin de sa vie il s'est intéressé aux choses de l'armée.

Un jour même, il eut l'occasion de reprendre le fusil du garde national de 1848. C'était en décembre 1851. Il était externe à la Pitié. Le bruit du coup d'État se répandit dans la ville. Esprit ardent, libéral, Le Fort crut de son devoir de se mêler aux rares défenseurs de la loi ; il se présenta dans la rue pour y faire le coup de feu. Peu s'en fallut qu'il ne fût pris et déporté. Il racontait qu'il dut rester trois jours caché dans une maison amie, jusqu'à ce que la trop facile victoire des troupes du Président eût ramené la tranquillité dans Paris.

Plus tard, toutes les fois qu'une guerre européenne ouvrait aux médecins civils les ambulances militaires, Le Fort fut des premiers à se mettre sur les rangs.

En 1859, il fit partie de l'armée d'Italie, en qualité de chirurgien volontaire. Il put alors, pour la première fois, voir de près l'organisation du service de santé en campagne, et en rechercher les défectuosités, qu'il signala plus tard avec autant de perspicacité que de courage. La guerre du Schleswig, à laquelle il assista aussi, mais sans titre officiel, lui permit de poursuivre son étude, et de comparer ce qui se faisait à l'étranger avec ce qu'il avait observé en France.

Enfin, en 1870, après s'être activement occupé à Paris de la mise en œuvre des ressources dont disposait la Société de secours aux blessés, il partit lui-même à la tête d'une ambulance, qui fut retenue à Metz jusqu'à la reddition de la place.

On ne s'étonnera donc pas si, parmi les nombreuses publications de notre collègue, plusieurs ont trait à la chirurgie militaire. A la suite de la campagne de France, il résuma lui-même ses vues sur les services de santé en un volume de plus de 600 pages, qu'il intitula « *La Chirurgie militaire et les Sociétés de secours de France et de l'étranger* ».

J'ai dit que jusqu'à sa mort Le Fort garda le souvenir de ses débuts. En voulez-vous une preuve touchante ? Ceux qui ont suivi son cercueil ont pu remarquer sur le drap mortuaire, à côté des nombreuses décorations qui témoignaient de l'estime en laquelle le chirurgien français était tenu à l'étranger, un modeste uniforme et une épée. L'un et l'autre dataient de l'époque où Le Fort était élève de l'école de santé de Lille. Il avait demandé que ces restes d'un temps heureux, précieusement conservés par lui, l'accompagnassent dans la tombe.

Mais c'est assez insister sur un des traits caractéristiques de la physionomie de Léon Le Fort. Aussi bien, si parfois notre collègue a semblé regretter de n'avoir pu suivre la carrière de son choix, il a su faire contre fortune bon cœur ; mieux encore, il a su montrer que dans la voie, quelle qu'elle fût, où l'appelait le devoir, il était homme à marcher d'un pas ferme et sûr.

D'une intelligence supérieure, ardent au travail et toujours en quête de quelque idée nouvelle, s'assimilant aisément les travaux de ses devanciers, s'exprimant avec clarté et élégance, écrivant avec facilité, doué par surcroît d'un véritable don pour les langues, il se trouvait merveilleusement armé pour franchir sans peine les obstacles qu'il devait rencontrer sur sa route.

J'ai déjà rapporté ses succès de concours. Sa première œuvre originale, sa thèse de doctorat, soutenue en 1858, donne davantage encore la mesure de sa valeur. Dans ce travail considérable, consacré à l'étude de l'*Anatomie du poumon chez l'homme*, fruit de deux ans de recherches, il expose certains faits d'anatomie et de physiologie, découverts par lui, aujourd'hui universellement reconnus.

Un an plus tard (1859), il écrivait son fameux mémoire sur la *Résection du genou*.

La résection du genou était alors rarement pratiquée en France. Elle l'était au contraire assez fréquemment à l'étranger, et particulièrement en Angleterre. Frappé de ce fait, Le Fort n'hésita pas à passer la Manche pour étudier la question sur place. Il demeura cinq mois à Londres, observant avec sagacité la pratique des chirurgiens anglais.

Il ne se contente pae, au reste, de rapporter ce qu'il a vu. Utilisant sa connaissance des langues, il recherche, non seulement dans les journaux français, mais surtout dans les publications étrangères, toutes les observations relatives à son sujet. Il arrive ainsi à réunir un total de 217 cas, qu'il étudie un à un.

Ce n'est pas tout. Estimant que l'on ne peut bien apprécier les résultats d'une opération que si les malades sont revus plus ou moins longtemps après la guérison, Le Fort écrit aux chirurgiens ayant pratiqué la résection du genou, pour savoir ce que sont devenus leurs opérés. Les réponses ne lui firent pas défaut.

Ce n'est qu'après avoir réuni ces documents qu'il rédigea son mémoire, et donna ses conclusions, toutes en faveur de l'opération, dont il a si puissamment contribué à répandre l'usage parmi nous.

J'ai tenu, par cet exemple, à montrer les procédés de travail de Le Fort et les tendances de son esprit.

Patience dans les investigations, érudition de bon aloi, exactitude allant presque jusqu'à la minutie, recherche du renseignement précis, le poussant à entreprendre de longs voyages pour observer par lui-même ce qui se fait à l'étranger ; sévérité et sûreté des conclusions ; clarté enfin et chaleur d'exposition, — toutes ces qualités de savant, de chirurgien, d'écrivain, qui font le charme et la force du mémoire sur la résection du genou, se retrouvent, à un degré au moins égal, dans ses travaux ultérieurs : dans son étude sur la *Résection de la hanche*, qui se repose sur l'examen de 97 cas, dont 96 empruntés à la chirurgie étrangère ; dans ses recherches sur les *Anévrismes de l'artère axillaire*, de la *carotide*, du *tronc brachio-céphalique*, qui l'ont conduit à recueillir des centaines d'observations, analysées et classées en tableaux méthodiques ; dans son travail sur *Quelques points de l'histoire des maladies vénériennes*, fondé sur 6.000 observations recueillies par lui à l'hôpital du Midi, etc.

Le mémoire sur la résection du genou fut encore pour lui le point de départ de toute une autre série d'études, qui devinrent bientôt sa préoccupation dominante, et qu'il considérait comme devant constituer son plus beau titre de gloire.

Le Fort réclamait, non sans une certaine vivacité, sa place dans cette grande évolution qui, de nos jours, a si profondément et si heureusement modifié la pratique chirurgicale. Il soutenait volontiers que, le premier, il avait saisi la cause des terribles complications qui frappaient la plupart des opérés, et indiqué le moyen de les combattre.

Se faisait-il illusion, ou a-t-il vraiment joué le rôle qu'il s'attribuait ? Il vaut la peine d'y regarder de près. Aussi bien est-il intéressant, dans cette difficile question qui a passionné les chirurgiens de la seconde moitié de ce siècle, de suivre pas à pas le chemin parcouru par notre collègue.

Le premier point qui attira son attention fut la grande différence, toute à l'avantage de nos voisins, de la mortalité à la suite des opérations dans les hôpitaux de France et d'Angleterre.

Cette constatation, il la fit d'abord lors de son premier séjour à Londres, lorsqu'il recueillait des faits relatifs à la résection du genou. Il la renouvela dans des conditions analogues, quand il aborda l'histoire de la résection de la hanche. Plus tard, visitant les principaux hôpitaux de l'Écosse, de l'Irlande, de la Belgique, de la Hollande et de l'Italie, il rectifia et compléta les premiers résultats obtenus. En 1861, dans sa *Note sur quelques points de l'hygiène hospitalière de France et d'Angleterre*, insérée dans la *Gazette hebdomadaire*, il formulait ses conclusions.

Après avoir signalé le fait, il en rechercha la cause. Il crut d'abord la trouver dans le régime différent auquel les opérés étaient soumis dans les deux pays.

Tandis qu'en France les chirurgiens imposaient à leurs malades une diète sévère, ceux-ci, en Angleterre, non seulement étaient alimentés, mais recevaient de larges rations de vin et de liqueurs fortes.

Presque en même temps, le Dr Topinard, dans sa thèse inaugurale, étudiait de près les heureux effets de la pratique anglaise, qu'il contribua à introduire dans notre pays, au grand bénéfice de nos opérés.

Ce n'était là cependant qu'un petit côté de la question et l'on dut bientôt reconnaître que l'inquiétant problème n'était pas résolu.

Le Fort lui-même, élevant le débat, essayait de montrer que c'était à l'ensemble des conditions de l'hygiène hospitalière, mal comprise en France, qu'il fallait s'en prendre pour expliquer nos désastres opératoires.

Les idées qu'il défendait à cet égard furent exposées devant l'Académie de médecine par Gosselin dans un long rapport consacré à l'analyse du mémoire de notre collègue sur la *résection de la hanche*.

Ce rapport fut le point de départ d'une brillante discussion qui se poursuivit rue des Saint-Pères pendant six mois (novembre 1861 à avril 1862), et qui eut un écho dans tous les journaux de cette époque. Trois ans plus tard, la question était soulevée de nouveau à la Société de chirurgie, à propos de la reconstruction de l'Hôtel-Dieu.

C'était, le mot est de Le Fort, « la période de l'hygiène hospitalière ».

Il semblait que l'on aurait enfin victoire gagnée, si l'on obtenait des hôpitaux bien situés, loin des centres populeux, bien aménagés, chauffés et ventilés à souhait ; si, en évitant l'encombrement, on assurait à chaque malade le nombre de mètres cubes d'air reconnu indispensable.

L'idée était assurément excellente. Sa réalisation ne pouvait, elle aussi, qu'améliorer le sort des malades, mais s'y attacher exclusivement, ou attribuer aux conditions hygiéniques la part la plus importante de la mortalité des opérés, était « une faute, ou du moins une erreur relative ».

Le Fort, poursuivant son évolution, fut un des premiers à le reconnaître. « Certes, écrivait-il quelques années plus tard[1], on a plus de chances de guérir un malade dans un hôpital suivant toutes les règles de l'hygiène. » Mais cette condition ne suffit pas. « Car, » ajoutait-il, parvenu enfin à la vraie doctrine, « ce n'est pas l'hôpital, c'est le chirurgien qui fait la mortalité ; les soi-disant épidémies d'infection sont, en effet, attribuables au chirurgien », qui porte d'un malade à un autre, par ses mains ou par ses instruments, le germe des complications qui tuent.

Ces complications sont essentiellement contagieuses. Supprimez le contage, opposez-vous au transport des germes infectieux, et, du même coup, vous supprimerez la principale cause des morts opératoires.

Telle est, en deux mots, la fameuse théorie du *germe contage*, si ardemment défendue par notre collègue.

Il ne parvint à la formuler avec cette rigueur qu'après bien des réflexions et de longues recherches.

Ses investigations avaient d'abord porté sur la fièvre puerpérale. Et, chose curieuse, ce fut une grosse erreur commise par lui — une erreur colossale, comme il se plaisait à le dire — qui l'engagea dans la voie au bout de laquelle il devait trouver la vérité.

Dans son mémoire sur l'*hygiène hospitalière*, dont j'ai déjà fait mention, il notait qu'au *Guy's Hospital*, à Londres, la mortalité des femmes en couches avait été singulièrement faible, puisque, dans une période de sept ans, et sur près de douze mille accouchements, elle n'avait été que de 1 sur 338. Imbu comme il l'était alors de l'importance de l'hygiène hospitalière, il s'appuyait sur ces chiffres pour établir l'heureuse influence de la bonne installation des malades dans l'hôpital anglais.

Malheureusement pour lui l'argument péchait par la base. Le service d'accouchement, à *Guy's Hospital*, n'était pas un service intérieur : les femmes inscrites à l'hôpital recevaient les soins des accoucheurs, des assistants, des élèves de la maison, mais à domicile ; aucune d'elles n'entrait dans l'établissement.

Très confus de l'erreur commise, il voulut du moins avoir l'explication du fait qu'il était obligé de constater : l'immunité relative des femmes qui accouchent hors de l'hôpital. Ce fut surtout, disait-il plus tard, pour chercher la solution de ce problème qu'il accepta, en 1864, la mission que Husson, directeur de l'Assistance publique lui offrit, mission qui avait pour objet d'aller visiter les principaux hôpitaux de l'Europe. Il espérait, dans cette vaste enquête, arriver à découvrir les causes des épidémies de fièvre puerpérale et d'infection purulente, alors si meurtrières.

Il n'est que juste de rappeler ici que, plusieurs années auparavant, en 1858, M. Tarnier, notre savant collègue, dans sa thèse inaugurale, avait déjà montré que la mortalité des accouchées, à Paris, dans la pratique civile, était infiniment moindre qu'à la Maternité (1 mort sur 17 accouchées à l'hôpital, contre 1 mort sur 322 en ville). M. Tarnier voyait dans cette circonstance la preuve que les affections puerpérales se propagent par la contagion, qui trouve dans les agglomérations hospitalières un terrain tout préparé ; et il en tira les conclusions pratiques que l'on sait.

Le Fort reprit cette idée. Pour lui aussi, les affections puerpérales étaient contagieuses. Il se refusait à admettre l'existence d'un prétendu germe épidémique, habituellement invoqué pour expliquer la mortalité exceptionnelle qui frappe parfois un hôpital ou tel quartier d'une ville ; pour lui, ce mot, si on voulait le conserver, ne pouvait être considéré que comme synonyme de la multiplication des contaminations. « Les épidémies de fièvre puerpérale n'existent pas, écrivait-il, ou, si vous aimez mieux, elles ne représentent que l'agrégation des cas de contagion excessivement multipliés. »

Ces idées sont longuement exposées par lui dans son beau livre sur *les Maternités*. Ce travail n'est que la première partie du rapport qu'il rédigea au retour de sa

1. « Les pansements et la mortalité ». Paris, 1885, p. 80 et suiv.

mission. Il repose sur l'étude de près de deux millions d'accouchements. Essayer de reproduire ou même de résumer les considérations diverses que l'auteur apporte à l'appui de sa manière de voir nous entraînerait trop loin.

Mais ce que l'on ne saurait assez mettre en relief, c'est que dans cet important mémoire, — qui date, on ne l'oubliera pas, de 1865, — Le Fort, sortant du terrain limité de la fièvre puerpérale et des accouchements, s'éleva à de hautes conceptions de pathologie générale dont personne aujourd'hui ne conteste la vérité [1].

A cette époque, on croyait encore volontiers pour expliquer la propagation des maladies contagieuses, à l'existence d'un miasme inconnu transporté dans l'air, « s'arrêtant en un lieu pour y exercer ses ravages, prenant comme Antée de nouvelles forces chaque fois qu'il touche terre et s'élançant plus loin faire de nouvelles victimes... et l'on n'opposait souvent à ses progrès qu'une sorte de fatalisme oriental ».

Comment, en effet, « s'opposer à la marche de cet ennemi insaisissable qui, voyageant par les airs, ne peut être arrêté nulle part » ?

A quoi bon, pour le choléra, par exemple, mettre en quarantaine les hommes et les choses provenant des pays infectés ? A quoi bon ? puisque la maladie est contagieuse : elle est dans l'air, elle vient avec l'air, elle éclatera donc partout où le miasme cholérique portera son action, sans que vous y puissiez rien.

Voilà, disait-il, où conduisent les idées d'épidémies sans contagion !

Admettez, au contraire, la contagiosité; admettez que toute maladie susceptible de se transporter d'un lieu à un autre sous forme épidémique est contagieuse, et voyez combien la scène change !. . Vous serez nécessairement conduits à toute une série de mesures de défense parmi lesquelles, tout d'abord, l'isolement des premiers malades ; par là vous arriverez à empêcher et à limiter les ravages de l'infection.

Le Fort, dans son livre, avait, par des observations nombreuses, fait, pour la fièvre puerpérale, la preuve scientifique de ces idées.

Il s'efforça ensuite d'établir qu'il devait en être de même « pour l'infection purulente et les autres complications des plaies, érysipèle, pourriture d'hôpital, etc., affections qui, elles aussi, ne sont épidémiques que parce qu'elles sont contagieuses ».

Dès 1865, Le Fort laissait entendre qu'à cet égard sa conviction était faite.

Il était plus explicite encore, en 1870, dans un travail sur la *Balnéation continue*, communiqué à l'Académie de médecine.

Il n'avait, du reste, pas attendu ce moment pour conformer sa pratique à ses principes.

« Lorsqu'en 1868 », disait-il en prenant possession de sa chaire à l'hôpital Necker, « je fus mis à la tête d'un service de chirurgie générale à l'hôpital Cochin, je pris les plus grandes précautions pour empêcher qu'un cas accidentel d'infection purulente devint, par contagion, l'origine de ce qu'on appelait une épidémie. J'employai des pansements à l'eau acoolisée, comme étant les plus propres et les plus sûrs; j'exigeai de mes élèves la propreté extrême des instruments, le lavage soigné des mains avant tout pansement, avant toute opération. Je bannis absolument les éponges... Cette conduite eut pour résultat la disparition à peu près complète de l'infection purulente et de l'érysipèle ».

Aussi n'est-ce pas sans une certaine amertume que Le Fort s'étonnait de n'avoir pas vu ses collègues suivre son exemple. Il se plaignait surtout que l'on attribuât à d'autres qu'à lui le mérite d'avoir trouvé pour le pansement des plaies des procédés vraiment efficaces.

Faut-il ne voir là qu'un impardonnable déni de justice et une nouvelle confirmation de la vérité du proverbe : « Nul n'est prophète en son pays ? »

Non, le vieil adage a tort, dans notre pays du moins. Notre excellent président, aux côtés duquel j'ai aujourd'hui encore le plaisir de siéger, est là pour nous l'apprendre.

Il a vu, lui aussi, et au service de la même cause, les résistances que toute idée nouvelle, quelque juste qu'elle soit, peut rencontrer. Mais il saurait nous dire que la vérité finit toujours par triompher, lorsqu'elle a pour elle l'éclatante clarté des faits, et, en matière de chirurgie pratique, une longue série de succès incontestables.

Ces succès, qui forcent la conviction, manquaient, il faut bien l'avouer, à Le Fort. Il sauva assurément un plus grand nombre d'opérés. Mais sa statistique, dressée par lui-même, accusait encore, pour les amputations de cuisse et de jambe, une mortalité de 24 pour 100. Qui de nous maintenant se contenterait d'un pareil chiffre !

Et pouvait-il en être autrement ? Le Fort, en somme, essayait, sans employer le mot, de faire ce que l'on appelle aujourd'hui de la chirurgie *aseptique*. Or, qui ne sait combien, dans nos hôpitaux surtout, l'asepsie vraie est d'une réalisation difficile ? combien pour l'obtenir, il faut de multiples et de minutieuses précautions ? combien le moindre oubli peut entraîner de revers ? combien souvent, enfin, lorsqu'on agit sur des tissus infectés, l'asepsie seule demeure nécessairement inefficace ?

Le Fort admettait, au reste, qu'il avait manqué quelque chose à sa méthode ; qu'il y avait « un pas de plus à faire » ; qu'il fallait, par un agent quelconque, détruire ce germe méconnu dans son essence, qui vient infecter les plaies.

Lister, dont il condamnait les pratiques, à ses yeux compliquées ou inutiles, avait, il le disait lui-même, « fait ce dernier pas, accompli ce dernier progrès ». On sait avec quels merveilleux résultats !

Mais reconnaissons du moins que notre éminent collègue a su découvrir l'ennemi, et qu'il a montré la voie où il fallait marcher pour en avoir raison. Les armes dont il disposait étaient insuffisantes ! Soit. Mais n'est-ce pas beaucoup d'avoir bien engagé le combat, et d'avoir conduit les troupes sur le terrain où un persévérant effort devait leur assurer la victoire ?

Le Fort rappelait volontiers ses connaissances en langues vivantes et le parti qu'il sut en tirer pour le bien de son pays, et au plus grand profit de la science chirurgicale française. Je ne puis mieux faire que de lui laisser, ici encore, la parole :

« La lecture des journaux et des travaux scientifiques publiés à l'étranger m'avait montré qu'il y avait en dehors de nos frontières beaucoup de choses dignes d'attirer notre attention... » Mais ce fut surtout les voyages, faits dans sa jeunesse, qui amenèrent dans son esprit une véritable transformation... « Ce n'était point, ajoutait-il, dans un but de curiosité, pour visiter les musées et les monuments, que je sacrifiai à ces excursions mes faibles ressources pécuniaires ; c'était pour étudier tout ce qui, de près ou de loin, appartenait au domaine si vaste de la science médicale... Avant de franchir pour la première fois nos frontières, je croyais à une supériorité incontestable de la France sur tous les points. Je ne tardai pas à voir que, sur beaucoup d'entre eux, nous entretenions de fâcheuses illusions, et des voyages ultérieurs ne firent que confirmer de sérieuses inquiétudes sur l'avenir de mon pays. Je m'adonnai à l'étude des langues et je me vouai à ce rôle ingrat — dont j'ai si souvent senti l'amertume et dont je ne me suis jamais dissimulé le danger personnel — de mettre en lumière tout ce qui, en France, était défectueux, tout ce qui pouvait être utilement modifié en profitant de l'expérience acquise par nos voisins. Sans illusion, et je tiens à honneur de pouvoir dire sans faiblesse, je n'ai pas reculé devant l'accomplissement de ce que je regardais comme un devoir ; je n'ai pas hésité par dévouement pour mon pays, à mettre à découvert ses défauts et à faire ressortir les qualités de l'étranger, souvent même celles de l'ennemi. »

Tout dévoué à ses malades, il ne songeait, à l'hôpital comme en ville, qu'à bien répondre à leur confiance ; sachant s'oublier lui-même, et faire preuve à l'égard de ceux qui s'adressaient à lui d'un véritable désintéressement.

On assure même que certains confrères moins scrupuleux se plaignaient d'une délicatesse qu'ils trouvaient excessive et préféraient avoir recours, pour leurs clients, à des chirurgiens de commerce plus facile.

La haute notoriété dont jouissait notre collègue était donc amplement justifiée, et nul ne s'étonnera du rang qu'il occupait dans notre état-major médical.

Il faisait partie de la Société de chirurgie depuis le 8 juin 1864, et fut appelé, en 1875, à présider nos séances. Ce n'est pas à vous, Messieurs, que j'ai besoin de dire la part importante qu'il prit à nos travaux.

Un an plus tard, en 1876, l'Académie de médecine l'admettait au nombre de ses membres ; l'année même de sa mort, il était élu vice-président de cette assemblée.

Sa nomination de professeur à la Faculté de médecine fut la distinction à laquelle il se montra le plus sensible. C'est le 22 janvier 1873 qu'il fut désigné pour remplacer Denonvilliers dans la chaire d'opérations et d'appareils, chaire qu'il échangea plus tard contre celle de clinique chirurgicale. Dans ce poste d'honneur, il se concilia l'estime de tous et l'affection de ses élèves.

La remarquable leçon qu'il fit à l'ouverture de son cours, consacrée à une rapide revue de l'histoire de la chirurgie, eut un retentissement auquel il ne s'attendait guère.

Mgr Dupanloup en prit texte pour le signaler, à la tribune du Sénat, comme un contempteur du christianisme et un apôtre des doctrines matérialistes. Il se défendit avec une vigueur et une verve incomparables.

C'est peut-être le lieu de rappeler que Le Fort était, avant tout, un libéral, demandant la liberté pour lui, mais la réclamant aussi pour les autres, même pour ses adversaires.

Dans la polémique qu'il soutint au sujet du remplacement des religieuses par des laïques dans les hôpitaux, — remplacement dont il n'était pas partisan, — il donna la mesure de sa largeur d'esprit, et du courage avec lequel il savait se séparer de ses amis politiques, lorsqu'il les voyait dans l'erreur. « Je ne crois à aucun dogme », écrivait-il à M. Bourneville, alors député de la Seine, « mais j'ai horreur de tous les fanatismes, et je n'en connais pas de plus odieux que celui qu'inspire aujourd'hui cette nouvelle religion, la plus intolérable de toutes et qu'on appelle la libre-pensée. Je combats cette tyrannie qui, sous prétexte d'attaquer le cléricalisme vaincu, attaque la religion elle-même... Je combats cette tyrannie qui, au nom de la liberté de pensée, porte atteinte à ce qu'il y a de plus sacré au monde, la liberté de conscience. »

Le Fort n'avait jamais été malade : c'est en pleine santé qu'il fut frappé mortellement.

Le 17 octobre 1893, il était au fauteuil de la présidence à l'Académie, dirigeant les débats sur la déclaration des maladies épidémiques avec une autorité et une lucidité qui avaient frappé tous ses collègues. Le 18, il retournait à Ménestreau : le soir il était un peu souffrant, se coucha et fut réveillé dans la nuit par un grand frisson. Le lendemain matin, 19, il ne se sentait pas malade ; toutefois, par prudence, il garda le lit. Dans l'après-midi, il voulut dormir, et demanda qu'on le laissât seul. Lorsque sa femme, une heure après, rentra dans sa chambre, elle le trouva mort.

Vous vous souvenez, Messieurs, du douloureux étonnement avec lequel fut accueillie la lugubre nouvelle, survenant au moment où les fêtes franco-russes remplissaient Paris d'une patriotique allégresse, et le jour même où notre collègue devait, comme vice-président de l'Académie, figurer à la table d'honneur du banquet offert aux médecins de l'escadre russe.

Le Fort est parti sans avoir pu prononcer une de ces paroles d'adieu que l'on se plaît à recueillir et à conserver pieusement. Il avait cependant, quelques années plus tôt, formulé son vœu suprême.

A la fin de son introduction à la neuvième édition du *Traité de médecine opératoire*, se plaignant (non sans motif, je vous l'ai fait voir), de la place trop exiguë qui lui avait été faite dans le mouvement scientifique contemporain, il en appelait avec confiance au jugement de la postérité. « J'espère » disait-il « que l'avenir fera rendre à mes travaux, à ma personne... ou à ma mémoire, la justice qui leur est due. »

Cette justice, j'ai essayé, pour ma faible part, de la lui rendre aujourd'hui.

Puissé-je y avoir réussi au gré des siens, au gré de ses élèves et de ses amis, au gré de ceux qui saluaient en Le Fort l'homme qui, dans une circonstance solennelle, exhortant ses auditeurs au travail, leur donnait pour devise ces mots, où se résument si bien sa propre vie et son œuvre : « Pour la patrie, par la science et par la liberté ! »

1. « Des Maternités », p. 82 et suiv.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

24 janvier 1895.

A l'occasion de la lecture du procès-verbal de la précédente séance, **M. Marie** se félicite de s'être trouvé, à l'égard du rôle défensif de l'**hyperglobulie chez les cyanotiques**, en conformité d'opinion avec M. Hayem dont il ne connaissait pas la théorie professée au cours du 22 décembre 1894 ; puis **M. Variot**, s'appuyant sur quatre observations nouvelles conclut de ses études à ce sujet que l'hyperglobulie notée dans les cyanoses, dépendant ou non d'une malformation cardiaque congénitale, explique la coloration observée par la présence dans les vaisseaux d'un excès d'hémoglobine sans accroissement corrélatif d'oxyhémoglobine, c'est-à-dire par l'effet de la circulation d'un sang offrant les caractères optiques propres au sang veineux.

M. Widal communique, au nom de M. Vaquez, le résultat de l'autopsie d'un malade chez lequel avait été notée une hyperglobulie atteignant le chiffre de 9,000,000 et chez lequel l'examen nécropsique montra, contrairement aux prévisions, l'existence de lésions tuberculeuses et l'absence de toute altération cardiaque. De son côté, M. Widal signale l'observation d'un autre malade atteint de splénomégalie, avec cyanose limitée aux extrémités et hyperglobulie accompagnée de diminution très accusée dans le nombre des leucocytes, sans que l'autopsie permît de supposer qu'il ait jamais existé d'altération cardiaque.

A propos du procès-verbal de la dernière séance, également **M. Œttinger** résume succinctement l'observation d'un malade atteint de **myélite infectieuse aiguë**, avec une paralysie ascendante, à la suite d'une variole; en raison de l'abondance des streptocoques trouvés à l'autopsie au pourtour des vaisseaux avoisinant les lésions médullaires, il conclut qu'il s'agit d'une endovascularite par infection probablement secondaire et que les myélites aiguës peuvent résulter aussi bien de l'action des microbes eux-mêmes que de l'action de leurs seules toxines.

M. Widal répond qu'il a constaté l'absence de streptocoques chez ses lapins en expérience, mais que divers microbes ont déjà été constatés dans d'autres cas de lésions médullaires ; toutefois, la présence des bactéries n'implique nullement que leurs toxines ne soient pas la cause des lésions ; dans maint cas, il a pu constater, comme on l'a observé dans le rein, que les lésions sont différentes suivant qu'elles résultent de l'accumulation des bactéries ou de l'effet direct de leurs toxines. D'autre part, il fait remarquer qu'en raison de la fréquence des lésions streptococciques, on n'est pas obligé d'admettre, dans le cas précité, l'intervention d'une infection nouvelle. Enfin, il insiste sur l'intérêt que présente, au niveau des lésions de la myélite infectieuse, l'existence d'une leucocytose abondante en raison des processus cicatriciels qu'elle permet de concevoir, et il engage à étudier, à ce point de vue, les moelles des sujets qui, après avoir présenté des symptômes de myélite, ont survécu.

M. Marie signale la fréquence des lésions médullaires siégeant au niveau des colonnes de Clarke, chez les diphtéritiques et fait observer que l'autopsie signalée par M. Œttinger confirme le siège médullaire de la paralysie ascendante aiguë, contrairement à l'opinion de Leyden qui envisageait jusqu'ici cette affection comme une névrite périphérique.

M. Chantemesse signale un cas de myélite chronique à marche très lente, survenue probablement à la suite d'une infection érysipélateuse qui date actuellement de six années.